

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0890400088		
法人名	医療法人社団 友志会		
事業所名	グループホーム ももの舎(あかりの家)		
所在地	茨城県古河市仁連604		
自己評価作成日	2019年3月23日	評価結果市町村受理日	2019年6月19日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan=true&amp;llgyosyoCd=0890400088-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan=true&amp;llgyosyoCd=0890400088-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2
訪問調査日	2019年5月9日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

同法人の保健施設を隣接しており、医療・リハビリ・看護・介護・居宅支援相談員の協力により、その人らしく思いに寄り添い生活生活ができるように家庭的な環境で専属の職員と一緒に料理・洗濯・掃除・体操や工作・カラオケ・園芸など種々のアクティビティを楽しみながら、健康で明るい生活を送り、より多くの笑顔で満たされるように『もう一つの家族』を目的としています。年間を通して、毎月行事を計画、ご家族や地域の方との交流を大切に関係性の継続できるようにしている。  
また、認知症ケア上級専門士、認知症ケア専門士がおり、全職員で常に新しい知識を技術の向上が得られるよう、日々学びながら支援に努めております。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

併設の老健と連携し、医療・リハビリ・介護・看護・居宅指導員の協力により利用者が今までどおりの生活が出来るよう努めている。残存機能の維持を目的に家庭的な環境でアクティビティ・料理・洗濯・掃除・体操・園芸・趣味・カラオケ・リハ等を利用者の力量に合わせて行っている。認知症ケア上級専門士・認知症ケア専門士が職員と共にスキルアップに努めている。年間行事を通して家族や地域住民との良好な関係継続として、夏祭りや認知症予防講座を開催したり、認知症緊急窓口を開設して事業所や認知症に関する理解を深めている。家族の希望により看取り体制となる利用者に対して、医療連携を取りながら、その人らしい暮らしかつ取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践  地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	開設時職員全員で作られた理念を入居者様・職員と相談して「入居者様と共に地域に根付き交流を深めて行けるよう 手をとりあって暮らす仲間・いっしょに笑・いっしょに泣き・いっしょに考え見守っていきます。」と一部変更、玄関に掲示し日々入居者様に関わっています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を利用者と一緒に作成し、玄関に掲示して意識付けを行っている。管理者からはミーティング等で確認の話がある。職員からは利用者を人生の先輩として尊敬し、日々生活の中で、その時々合ったケアの提供に努めていると話があった。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の傾聴ボランティアは毎週協力があり、フラダンス・オカリナ・ハーモニカ・大正琴などの演奏会などは参加型で楽しませていただき、馴染みの理美容師の協力でカットを受けたり、行きつけのパーマ屋さんに行ってきたりと、これまでの関係の他、馴染みの関係の構築に努めています。近隣の小学校行事への招待参加や地域の敬老感謝の会等へ出向いたり初詣やお花見で地域へ出向く先でも、お手伝いを受けたり、声を掛け合われたり、舎へたちよっていただいたり地域と日常的に交流出来、繋がりを感しながら過ごして頂いています。 事業所としても、地域の方々や小学校のご協力を得、近隣保健施設と合同で夏祭りや花火を開催、家族・近隣住民・利用者が一緒に楽しみ触れ合えるようにしている。 他、地域住民に向けて認知症の予防講演、介護、認知症の相談受けアドバイスや関係機関に繋げ、事業所、認知症に関する理解を得ている。	隣接老健との合同夏祭りには大勢の地域住民が参加し、利用者と一緒に楽しんでいる。また、夏祭りの最後の恒例の花火大会は盛大である。そば打ち・フラ・オカリナ・ハーモニカ・大正琴・踊り等のボランティア訪問があり、利用者参加型で楽しんでいる。散歩や初詣に出かけた時は挨拶を交わし、地域の住民として当たり前の交流を重ねている。区長・民生委員との連携は良好である。近くの方からお野菜の提供を受ける時もある。認知症予防講演の実施や介護・福祉・認知症等の相談を受けアドバイスをしたり、関係機関に繋げ、事業所や認知症への理解を得ている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近隣保健施設と共に行われる夏祭りや各種の行事で実践で積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を地域の人々に向けて活かしている。 認知症ケア上級専門士による認知症相談がお受けできるよう『認知症サポート地域相談窓口』を開設しており、電話や訪問の相談支援している。 また、講演依頼を受け、事業所の状況が可能であれば、管理者・スタッフと『認知症と予防と介護』の講師役を務め、地域の貢献を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み  運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	偶数月に開催している運営委員会に地域区長・民生委員・ご家族様・古河市福祉課の参加頂き、事業所の担当メンバー、隣接相談員等で開催。日常の生活の様子、活動、サービスの実践報告、ヒヤリハットと事故報告や外部評価などについて報告、情報交換など話し合い、頂いたアイデアやご意見をサービスの質の向上に繋ぐことが出来るように努めている。	区長・民生委員・家族・介護保険課・事業所担当者・老健相談員のメンバーで偶数月(第4木曜日)に開催している。日々の活動内容・利用者の状態・子・サービス実践報告・ヒヤリハット・事故報告・外部評価についての報告や話し合いを行い、席上出た意見をサービス向上に活かしている。家族には家族会で伝えている。職員には会議等で報告し共有している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	行政(介護福祉・地域包括支援センター・保健所)・社協とは連携を密にし、事業所の実情やサービスの取り組みを伝え、アドバイスを受けている。 花祭りやマラソン大会の案内を受け入居者と外出や応援を楽しむことが出来ている。 大雨避難勧告や地震、事前災害に対しても対応できるよう安否や災害状況の確認を頂くなど、事業所の状況把握やサポートを頂き、ケアサービスに取り組むことが出来ている。 昨年は保健所からの要請で、医学大学生の現場研修にを受け入れ、グループホームの生活状況、認知症ケアの効果などを学んでいただけました。	各担当課(介護福祉・地域包括支援センター・保健所)や社協と連携を密にとり、協力関係を築いている。花祭り・マラソン大会・敬老会・小学校の運動会の案内を受け出かかっている。大雨避難勧告や地震の自然災害に対し事前に状況把握やサポートをうけている。医大生の実習を受け入れ、グループホームや認知症について周知してもらえた。グループホーム連絡協議会・ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。地域密着型介護相談から依頼を受け、認知症緊急窓口を設置し、電話相談をうけてアドバイスを行ったり、関係機関に繋げている。小・中学生の体験学習等は老健で受けているが、ホームでも希望があれば可能である。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	近隣保健施設と連携を図り、身体拘束の対象となる具体的な行為を正しく理解できるよう、繰り返し学べるように事例を掲示したり、勉強会を行っている。 認知症を理解し、スピーチロックや拘束となる対応・場面で更に弊害となり利用者様の不穏や危険に繋がることのないよう、全職員が玄関だけでなく、心の鍵を閉めない、拘束をしないケアをするよう取り組んでいる。 毎月、安全対策委員会・身体拘束委員会も老健と連携して行っている。	老健が主体となり、安全対策委員会・身体拘束委員会を開催して拘束となる具体的な行為、弊害を周知し、拘束は行っていない。利用者様の心の鍵を閉めないケアに取り組んでいる。必要書類は準備している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者様の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	利用者様の表情や会話に耳を傾け、小さな痣や傷などみの注意観察、記録、確認、利用者様の心身の変化があった場合、ご家族様・医師・看護等へ報告し情報の共有を図り防止に努めている。 職員に言葉や態度でも虐待があるのだと周知できるよう、言動や表情に注意してミーティングなどで話し合い、防止している。 老健と連携開催される勉強会で身体拘束・虐待に関連した『より良い待遇』のテーマで学習、法令について学んでいる。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	制度をご利用の方の入居もあり、個々の必要性に対応できるように、理解を深められるように学習中。現在、対象の方については、成年後見人制度の活用ができるように支援しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	ご利用の契約の際、または、退去が必要な時、ご利用の内容に改訂がある場合は、紙面上でも説明を十分に行い、不安や疑問点を尋ね、ご理解・納得頂いております。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	<p>契約時に紙面により苦情窓口の説明をおこなっており、御利用者様・ご家族様の意見に沿えるようにしています。</p> <p>苦情窓口には隣接保健施設の相談員を増設し極め細やかな対応を心がけている。</p> <p>面会時等には、管理者だけでなく、職員へも意見・相談がしやすい環境を作って、対応、偶数月に行われる運営推進委員会でも意見・感想等を公表し運営の向上に努めている。</p> <p>家族会(年3回)実施、広報の配布、利用者様の日頃の様子をご報告、ケアプランの内容についても意見・ご要望、アイデアを運営に反映できるようにしている。</p> <p>毎月計画実行している行事の際は必ずご利用者の感想や声をきかせていただき、内容の反省や振り返りとし後の計画内容の満足度の充実が図れるようにしている。</p>	<p>契約時に苦情窓口の説明、意見箱の設置、第3者機関名、電話番号を明示しているが、そちらからの要望等は無い。面会時や家族会、運営推進会議で意見を聞き、運営に活かしている。利用者からは日々の会話や、ふと漏らす入浴時の本音から吸い上げている。イベント開催前後は利用者の感想を聞き、次のイベント開催時に繋げている。</p>	<p>重要事項説明書の中に苦情窓口の明記はあるが、苦情解決責任者の明記もされるのが望ましい。</p>
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映  代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	<p>月1回の全体ミーティングを行い、勤務体制・行事の計画から実施報告や業務の改善、ケアの状況対策まで職員全体で話し合い、意見や提案を聞き、代表者へ報告、運営に反映させている。</p> <p>管理者は、職員から個別に意見・要望を聴く機会を常に意識して対応している。</p>	<p>日々の気づきや要望はその都度話し合い改善している。毎月、希望休の申請時に月の反省と次月の目標を提出し、キャリアパスにてらしスキルアップと休日の確保をしている。内部研修や認知症ケア上級専門士の管理者指導など、実践的な指導を受けて認知症ケアの知識習得が出来る体制となっている。管理者との関係は良好で何でも話しやすいとの事。職員の雰囲気から管理者が声をかけ悩みを聞いたり、忘年会や納涼祭、ボウリング大会で親睦を深めている。</p>	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	<p>毎月の希望休の申請用紙に月の反省と次月の目標を提出、休みの確保とリフレッシュできるように心身の健康他、職員個々の状況を把握し、職員一人一人の課題に対応できるよう、技術指導等を行い、向上心ややりがいをもって楽しく働けるように努めている。</p> <p>また、当法人に定めるキャリアパスに照らしスキルアップが出来る環境を整備している。</p>		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	<p>近隣の保健施設と連携した勉強会など毎月2～3回あり、必ず参加できるように配慮している。</p> <p>認知症ケア上級専門士の管理者より実践的に認知症ケアのスキルアップ指導や勉強会、介助の方法、研究、新しい認知症ケアの知識が学べ取り入れられるように取り組んでいる。</p> <p>又、法人内外の研修を受ける機会の確保、働きながらトレーニングしていくことを準備している。</p> <p>内部研修の企画として、ももの舎が担当した講義を年間の計画に配置し、職員が新しい知識や自らの専門職としての振り返り、改善、質の向上が出来るように進めている。</p>		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	認知症ケア上級専門士である管理者を中心に職員が同業者との勉強会、事例を用いての検討会、懇親会などの交流を通じて質の向上に取り組んでいる。 古河市グループホーム連絡協議会が発足され年数回の開催会議に参加、各事業所の情報交換、災害避難方法、職員体制、運営状況、空き床状況、共通の課題などを話し合いネットワーク作り、サービス質の向上などを目的とした取り組みを行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に情報を頂き、全職員・関係者と連携し、その方の情報を把握している。希望に応じて見学に来ていただき、ご意見やご要望の相談を受け支援できる準備をしている。 本人が認知症の為、会話だけでなく顔の表情やしぐさも観察理解し、家に帰りたい等のそれぞれの思いを傾聴し寄り添いながら、本人・ご家族に安心を確保でき満足が頂けるような関係作りを努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前に御本人・家族の意見や要望、相談事などをお聴きし、受け止め、ケアプランを作成、サービスが導入できるようにしている。 また、毎日のように面会に来られるご家族様のご意見、心配事や困ったことがないかを確認、相談など思いを受け止、より良いサービスを提供、信頼頂ける関係作りを努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人・家族様と関わっていたケアマネージャーや他職種関係者などに協力頂き、情報収集、ご本人にあった『今、その時』必要としている支援を見極め反映できるサービスの提供が図れるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係	ももの舎で理念である「手をとりあって暮らす仲間」を実践。お一人お一人の出来る力を活用、発揮、食事の手伝い・洗濯たたみ・ゴミだし・掃除・力仕事など種々の出来る事柄を無理の無いように共に協力・支え合いながら、暮らす仲間として関係作りを継続している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時や家族会、夏祭りなど行事の際、ご本人様とご家族様の過ごす時間を大切に、いつでも気軽にももの舎へ立ち寄って頂けるように声掛けや支援を行っている。 又家族様と外出や外食、外泊できるように協力を得たり、病院受診の協力や必要に応じて相談し意見やアイデアを頂く等、ご本人を共に支え合う関係をとって一方的な支援、立場にならないように関係作りを努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族様や親族だけでなく、近隣の知人や友人の面会の他、ご本人様がそれらの方々と大切にこられた馴染みの関係や場所・時間などが継続して行けるよう、電話・手紙などを通じた支援も行っている。 又馴染みの理美容院・歯科医院の訪問や初詣・墓参り・買い物・行きつけの理美容院や歯医者に向くなど、ご本人様がこれまで大切にしてきた馴染みの生活スタイルが少しでも維持、継続が出来るように支援している。	遠方の親族や面会に来るのが難しくなってきた友人・知人と、電話や手紙で馴染みの関係継続に努めている。職員の支援や家族の協力を得て、自宅・お墓参り・理美容院・歯科・商店・初詣等、馴染みの場所に出掛けている。生活の延長として新聞を購読している利用者がいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者様同士の関係・相性を把握し、ご利用者様方と共に体操・散歩・レクリエーションやアクティビティ、生活の活動を通じて会話や関わりを増やし、お互いに助け合い支え合う場面も増えている。 又、認知症の進行やBPSD等で難しい事柄があっても、一人が孤立しないように、スタッフが、介入・観察・解決が図れるように努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	近隣の保健施設や他の施設に入居などの退去された方については、これまでの経過や情報を提供し、お互いに問い合わせに対応している。 また、その後も、本人・家族様が安心できるようにいつでも相談支援が出来るように対応している。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握  一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ひとり1人を尊重し、思いや希望、悩みを把握できるように、日常の中で何気ない行動(午前中は頭が痛くて横になってしまう。午後は大丈夫等)や本人様が話す事柄に耳を傾け、思いなどをくみ取り、困難な場合でも本人本位に検討しケアに結び付けるように努めている。	アセスメントを実施し、職歴・生活歴から利用者の思いや希望・意向を把握している。一日の流れは業務を優先するのではなく、利用者のスタイルで流れている。困難な場合は問いかけを工夫したり、表情や様子から察知し、利用者本位に検討している。個々の得意とする家事・調理・掃除・趣味で興味を活かしている。家族と利用者の思いが違う場合は両方の意向に添えるよう検討している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所時に得た情報他、ご家族様からの話やご本人の会話や動作、表情など観察し記録、ミーティングや申し送りの際、職員全員がサービス利用の経過を把握し、毎日ご主人様が面会にすることができるよう、また、盆や正月他、いつでも自宅に帰ることができるように馴染みの暮らし方・生活が継続できるようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご本人の意向に沿った過ごし方が出来ている(昼食後は昼寝をする。塗り絵をした時は自分で準備が出来ようになっている等)かの様子を記録し、活動されている内容の状況をモニタリングし、出来る力の再確認と開発に取り組んでいる。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング  本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人の変化や出来事を記録(睡眠のグラフ化を行い現状に対応している。重篤化の方には尿量の一覧表を作成して体調管理をしている等)を全職員申し送り、担当者とケアマネで現状に即した介護計画を作成してチームケアを目指せるように努めている。	利用者・家族から意見等を聞き、ミーティングで課題とケアのあり方について話し合い、担当者とケアマネでプランを作成してチームケアに取り組んでいる。作成後は家族に説明し同意を得ている。前回の評価を受け具体的な目標と支援内容を確認した。毎月、モニタリング・評価を実施し、現状に即したプランを作成している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ご本人の様子や気づき、その日の様子の変化や発言・表情・動作をそのまま記入し記録、細かく記録することを心掛けている。毎月のミーティングや話し合いの時間を作りモニタリングを行っている。全職員の申し送り、担当者とケアマネで現状に即した介護計画を作りチームケアを目指せるように努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	年齢の経過とともにご本人・ご家族様の心身や環境の変化あったりと、ご本人やご家族様の状況や希望、新たなニーズに対応できるよう柔軟な支援やサービスの提供に努めている。また、既存のサービスに捉われない個々人に必要なより良いサービスを念頭に置き情報提供や相談に応じている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	毎週の傾聴ボランティア訪問は定着し、馴染みの関係になり楽しみにされている。日常の何気ない会話を楽しまれたり、忘れていた思い出を話し、経験談などを真剣に話されている。行事に協力頂けるボランティアも増え、豊かな暮らしの支援となっている。 また、訪問理美容、近隣の小学校行事、近所の美容室、商店、など地域との繋がりを大切に、それらが、地域資源として支えになってくださっていることも理解しご本人の心身の力を支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している</p>	<p>契約時、ご家族ご本人の同意を受け、事業所契約医師より隔週の往診を受けている他、事業所契約の訪問看護による体調管理をそれぞれ24時間対応している。</p> <p>入居前からのかかりつけ医のある方は、ご希望を大切に、継続してかけられるよう、情報提供や連携を相互に支援している。</p> <p>緊急時、職員が受診に付き添った時などはご家族様へ電話報告を行っており、留守番電話の際でも直接ご連絡が出来るまでを支援している。</p> <p>また、必要に応じて近隣の保健施設の看護師の協力体制も出来ている。それらはIpadを使用し、医療連携システムにより職員、看護師、医師などの関係者がタイムリーに情報を共有し、早期対応が出来るようにしている。</p>	<p>契約時に同意を得て、契約医師による月2の往診、週1の訪問の来訪で体調管理に努めている。往診・訪問の記録は受診記録として残している。契約医師・訪問は24時間医療連携がとれている。緊急時はキーパーソンに報告をしている。隣接老健の看護師の協力体制もでき、タブレット端末を使用して、医療連携システムで職員・ナース・医師等への連絡がスムーズに出来ている。かかりつけ医受診は家族対応が基本となっているが難しい場合はヘルパーや職員対応で受診している。受診結果は家族・事業所で共通理解している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している</p>	<p>日常において、心身の変化や気づきを記録し、緊急時だけではなく、気になる様子があった場合には訪問看護へ連絡相談し、適切な助言や処置、受診や看護が受けられるように支援している。また、近隣の保健施設の看護師とも適宜、適切な対応が出来るように連携に努めている。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。</p>	<p>入院の際には、入院病棟看護へ職員から経緯や細かな情報を申し送りを行い、サマリーを作成し、安心して治療が出来るように、医療機関に情報を提供し連携を図って、その旨をご家族様へもご報告している。</p> <p>入院中のご本人の見舞いやご家族様からのお話を聴いたり医療機関より情報交換し、安心して治療頂いているかを確認相談支援している。出来るだけ早期退院が出来るよう、また、スムーズに退院受け入れが出来るように病院関係者との関係作りを行っている。</p>		
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>契約の際に、重度変化対応・終末期ケア対応方針を紙面でご家族様に説明し、同意を頂き主治医や訪問看護と連携を図れるように継続しており、早い段階からご家族様等や関係者とも話し合い、共にチーム支援できるよう努めている。ミーティングでは、何が出来るか、注意事項などを職員全員で話し合い、方針を共有し周知している。</p>	<p>契約時に重度化対応・終末期ケア対応方針を書面で説明し同意をえている。重篤前に医師・ナース・家族・管理者で話し合い、チーム支援に努めている。家族から馴染んだ場所での看取りを希望され、ミーティングで支援内容を話し合い、方針を共有し支援に取り組んでいる。急変時の連絡体制を周知しており、往診医・訪問・隣接ナースと連携して適切な対応が取れる体制となっている。</p>	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生時の連絡体制を職員全員が把握しており、訪問医・訪問看護や隣接の保健施設の看護・職員と共に連携し適切な対応を行っている。 当グループホーム内にもAEDが設置されており、それらを含め、定期的に行われる勉強会へ参加し職員の知識向上と実践力が付くように努めている。	/		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防署の指導・自主訓練を年2回実施し(日中・夜間想定・避難経路の確認・緊急通知システム・消火器の使用法・緊急連絡網・緊急時持ち出しの物等)近隣の保健施設・ご家族様・地域住民・関係協力者の協力を得て、ご利用者様が安全に避難できる方法を理解し身に付くように努めている。 尚、近年あるような異常水害や天候等の災害に対しては、市町村に確認を行いながら安全に避難できる策をマニュアル化したり、ハザードマップを把握するよう努力している。 又古河市グループホーム連絡協議会と情報交換し協力体制を構築できるようにしている。			消防署指導・自主訓練を年2回、隣接老健・地域住民と一緒に実施し、日中夜間想定・避難経路確認・緊急通報システム・連絡網・利用者行動把握等、利用者が安全に避難できる方法を身につけている。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。自然災害のマニュアルを作成し、ハザードマップも把握している。行政・グループホーム連絡協議会、地域住民と協力体制を構築している。埃からの自然発火に注意し、コンセントの点検は定期的実施している。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの意思・人格を尊重その人らしい生活が得られるように心がけて支援している。 また、日常の中でも声掛けやアイコンタクト、ジェスチャーを常に意識し、トイレや恥じらいのある場面では、その方のプライバシーを損ねないように配慮し対応している。	書類関係は事務所に保管し、情報開示に関する同意書を取り交わして、個人情報保護に努めている。ボランティアにもプライバシー保護について説明し、承諾してもらう。トイレ誘導は自尊心を損ねない対応を心掛けている。利用者の思いを受け止め、自己決定出来るような言葉かけを行っている。	/	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常生活の様々な場面でご本人自身が意思・希望が現せるような言い易い言葉使いや環境を心掛け、受け止め考えることが出来るように対応し、自己決定が出来るように働きかけを行っている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	出来るだけ、ご本人の生活リズムを尊重し、どう過ごし、どう暮らし、何をしたいか、その日何をしたいかを叶えられるように傾聴し支援している。 集団生活の為、生活の時間の決まりがあるが、起床や就寝時間などは、その日のご本人の体調や希望・状態に合わせている。 入浴やトイレなどの誘導については、強制するのではなく、ご本人の思いやペースに沿えるよう合わせていくことを心掛けている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	個人を尊重し、ご本人が気に入っている衣服をご希望どおり着て頂いたり、お化粧やネイル、髪型、ピン止め、帽子などその人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援  食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	<p>近隣の保健施設の管理栄養士の協力でカロリー計算されたメニューを基に、手作りしている。おひとりお一人が匂いや台所の音を感じて頂きながら、食事が楽しめるように職員と共に下ごしらえ準備、調理、味付けし味わい、下膳、食器洗い、拭き、片付け、テーブル拭き、と皆さんと共同に作業を分担、笑顔で楽しみながら嬉々と活動されている。</p> <p>また、日によって食事だけでなく、おやつも利用者様方の希望を受け急遽メニュー変更して楽しんだり、行事計画の際は特別メニューを考えたり、外食の相談を実行したりと楽しいと思っていたるように支援している。</p>	<p>老健の管理栄養士が立てた献立である。利用者は下準備・調理・味見・配・下膳・食器洗い・拭き等を力量に応じて、行っている。急遽メニューを変更し買い出しに行ったり、特別メニュー・外食・おやつ作りとバリエーションに工夫している。利用者の状態に応じた形態で提供し、目からも食欲がわくように愛着のある個人のお碗・茶碗・湯呑・箸で食べている。利用者が手入れ・収穫した野菜が並ぶ時もある。職員は食事介助や利用者の食欲等を観察しながら、同じテーブルを囲み、会話のある楽しい食事風景であった。利用者が嫌いな食べ物は変更するときもあるが、みんなと一緒に食べることのチャレンジも必要と感じる場合もある。外食・誕生日ケーキを利用者は楽しみにしている。</p>	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	<p>身体的心理的状況を把握しながら、摂取量や摂取の状況や様子、水分量も同様に記録して変化を確認しながらケアを行っている。</p> <p>摂取量の少ない方には、調理方法や食事形態、提供の環境を工夫したり、取れない原因を追究し必要に応じて医師・看護師・ご家族様と相談を行い、栄養の捕食も検討している。</p> <p>あらかじめ好み、習慣をお聴きしたりして対応しているが、ご本人のご意向もアンケートを実施し随時見直し健康で生活が出来るように心がけている。</p>	/	
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	<p>モンダミンなどの洗口剤を使用いただき、口腔内の清潔が保持できるように歯磨きの見守り介助時、口腔内の状況確認し感染防止や口腔機能低下の防止、誤嚥防止、肺炎予防防止等も考慮し個々のケアを大切にしている。</p> <p>歯科衛生や歯科医の診療が必要な場合は、必要に応じて診療が受けられるように支援している。</p> <p>同時に診療先よりの情報や口腔ケアの方法を指導受け対応している。</p> <p>口腔ケア加算の導入もあり、毎月、食事・口腔ケア会議に参加し、協力歯科医院より指導受け口腔ケアの強化をして個々の力に応じた口腔ケアを行っている。</p>	/	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄のパターンのチェック表・排泄に連動した表情や行動の様子を観察、タイミングを察知し、その方なりの習慣を活かして、声掛け誘導、失敗が少なくなるよう、また、心地よい排泄と自立に向けた支援を行っている。 自然排便となるよう体操・運動・腹部マッサージなどを行っている。排泄のじょうきょうにより、身体的変化を見逃さないこと、心理的安定が図れるように支援している。	利用者の習性を周知し、パターン・チェック表・表情・様子から声掛けを行い、トイレに誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援に努めている。パット数を減らすため、こまめな声掛けで、枚数の削減と利用者の意識を高める支援に取り組んでいる。水分・食事・運動・腹部マッサージ等で自然排便を促している。利用者によっては医師・看護師・薬剤師・リハと連携し服薬を提供する時もある。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘になっている原因やその他への身体的影響を理解し、身体的状況・水分摂取量・食事摂取量・運動量・服薬状況を把握し、持っておられる病気との関連性を含め自然排便できるように、排便リズムの把握、定時介助、腹部マッサージ等、その方に応じて、工夫を凝らし対応し、医師・看護・薬剤師・リハビリなどと連携。個々に応じた予防に取り組んでいる。			
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	基本2～3日に一度入浴が出来るように入浴表を作りチェックを行っている。ご本人の体調や希望に沿って入浴日や時間を調整、希望があれば、思いにそうように対応している。 拒否のある方については、原因を追究し「なぜ」をアセスメントして心地よく、楽しんで入浴できるように、その時間を大切に考え、ご本人に合ったタイミングでのお声かけや、好みの服、雰囲気、室温、湯温、会話や歌も加え、個々に合わせた対応を行っている。 皮膚感染予防にも努め、個々に足マット、カミソリ、ブラシ等備品を変えている。	基本的に週2～3回の入浴であるが、希望があれば時間を調整し希望に添うように対応している。拒否者の気持ちを考え、タイミングや声掛けにも工夫し、気持ちよく入ってもらえるように努めている。入浴時は利用者との貴重な会話の時間となり、お湯かけにも注意しながら、その時の気づきを職員間で共有している。皮膚感染防止のため足ふきマット・剃刀・ブラシ等は個々に準備している。着替えは出来るだけ利用者を選んでもらっている。まき爪になる前に職員が切っている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中は活動があるように、夜は質の良い睡眠が図れるように支援を基本としているが、一日中起きていることは身体的に疲労がたまることもある為、個々の状況に応じ昼寝などを設け短時間の休息をとっていただいている。なかには、リビングのソファを好み皆さんの声を感じながら横になり休まれる方もいる。 就寝前には、その方の生活習慣や寝る前のパジャマ更衣などセレモニーの行動等もその方に合わせて支援している。 リラックスして頂けるように飲み物の提供やお話をしたり、痛い・痛い部位への薬塗りとフィーリング効果、セラピー効果等その方に寄り添い、生活のリズムの状況に合わせて安心して良眠が図れるように心がけている。 一人ひとりの排泄状況を把握し適切なトイレ誘導、声掛けを心掛け睡眠の妨げにならないように行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	ご利用開始時や医師の診察の段階から身体的状況と処方の内容を理解し、服薬の目的や副作用、用法や用量についても指導を受け、薬の写真付説明書はカーデックスに掲示し、送りノートや口頭にて確認が出来るようにしている。また観察変化を確認し医師・看護・薬局との連携により対応に努め、家族へ連絡・相談も行い介護記録に経過を記載している。処方された薬は、薬局の協力でカレンダー方式にセットされ服薬確認表を使用し二重確認を徹底し声出し確認し誤薬・誤飲の間違いの防止も行っている。 心身の状況変化が際は、医療連携システムエイルにて報告・相談。迅速な対応ができるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	家事が得意とされる方は、食器洗い・食器拭き・野菜切りなどの下ごしらえ・調味・洗濯たたみ他、力仕事の得意な方は、段ボール崩し束ね、荷物運び、掃除が得意な方はモップ拭き・手すり拭きなど、工作、片付け等、出来る力、やる気、個々の得意、技能、趣味、興味を活かした活動を行えるよう支援、日常の中で・色々な場面で役割を持っていただき、張り合いのある生活を送れるよう支援している。 また、毎日かかさずに認知症予防体操を行い、ボール投げ・季節や趣味の工作・色塗り・園芸・室内飾りなどその方の応じた方法で、新たなやりがい、楽しみを得て頂けるよう努めている。 気分転換でお散歩を希望の方などは、いつでも出かけられるように支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その日の希望、気分に沿って、戸外に出かけられるように心がけ、体調・天候の良い日には、周辺の散歩、藤棚の下で、お茶会や歌を唄ったりと日差しの暖かさ、風を感じ、花々を愛で季節の移ろいを楽しんで頂いています。季節のイベントや外出を企画し、お花見や外食・初詣・道の駅やイオン等での買い物などへ福祉車両を活用し積極的に出かけている。ご家族様や地域の方のご協力を頂き、帰宅、自宅泊、かかりつけの美容院への外出やお出かけ外食、法事・墓参り・買い物・病院受診など出かけられるように支援している。	敷地内に四季折々の花が咲き、お天気・体調にあわせて園庭を散歩したり、藤棚の下でお茶を飲んだり、歌を歌いながら風を肌に受けたり、日差し・小鳥のさえずり・草花の開花・新緑の若葉・紅葉・落葉等から季節のうつろいを感じてもらう。お花見・外食・道の駅(アイスを食べる)・買い物・初詣・イベント外出(家族と現地で合流するときもある)は多い。家族と外出・外泊・美容院・法事・お墓参り・買い物・受診と出かけることを楽しみにしている利用者がいる。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご本人・ご家族様に了承を得て、お小遣いを事務所でお預かりしている。買い物の際には、ご本人の力に応じ所持していただき施設の近くのスーパーやデパートへの外出支援を行いご本人の自由に買い物できる機会を作り充実した生活が出来るような支援を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人の状況や情報を把握し、携帯電話を使いたい方には施設内でも所持していただき自由に連絡が取れるように支援を行い、大切な方との手紙のやり取りを援助。また、施設の電話をお貸しするなどの本人の気持ちを安心していただくような支援を行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	温かみのある共同の空間を感じて頂けるよう、木造平屋造りになっている。 ご利用者様にとって、不快や混乱を招くような(音・光・色・広さ・温度)などが無いように努めている。又リビングの採光窓がご利用者様・ご家族様より眩しいとの意見があり、レースカーテンを取り付けた。など、環境の調整を行っている。 舎内ではご利用者様と一緒に季節感を得られるように一緒に考え、手作りにて飾り付けをしたり、行事を楽しみ、食事作りの音や匂いを感じ、季節の花や野菜を育てたり収穫して喜びを得て頂けるように工夫している。 (毎日体操やカラオケ、レクリエーションなど楽しく心豊かに過ごせるようにしている。	一日の大半を過ごすリビングはまぶしくないように採光窓にレースをとりつけたり、こいのぼりの塗り絵・兜の飾り物・手作りカレンダー・時計など見当識に配慮した飾り付けがされ、利用者が心地よくなるような雰囲気があった。令和となった意識付けも見られた。台所から聞こえてくるまな板の音や美味しそうな匂いは利用者の食欲にプラスになっている。矢印や標識でトイレ・お風呂場がわかりやすくなっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食堂リビングには、一人ひとりの状況にあった居心地の良いいつもの場所を用意している。 日向ぼっこが出来る位置にソファを配置、代わる代わるに座り、横になられる姿も見られる、テレビ・映画鑑賞などの際はそれを移動し座れるように工夫している。 又隣の棟へ気軽に行き来が出来るようになっており、ご利用者様同士自由に過ごせる場所があるなど、皆様とテーブルを囲み楽しく心地よい場所の提供に努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室にはクローゼット・ベッド・タンス・布団・エアコンが備えてあるが、ご本人様を使い慣れた馴染みの物をお傍に置いて頂けるようにお声かけし毛布・テーブル・テレビ・家族写真・人形など持ち込み、安心して居心地良く生活が送れるようにご本人様・ご家族様と相談し協力を得ながら認知症のBPSDへの対応も含め、安心・安眠が図れるように工夫し支援している。 又植木・野菜の水やり、収穫など担当を決め行い心気安定になるように心がけている。	居室入り口にお気に入りの飾り物・名前を明示し、混乱防止に努めている。クローゼット・ベッド(利用者の使いやすい高さにセット)・タンス・布団・エアコンが設置されているので大きな持ち込みは無いが、利用者が慣れ親しんだテーブル・椅子・テレビ等を利用者の動線に考慮して配置している。家族の写真・ぬいぐるみ・手芸品等は心穏やかな雰囲気を作っている。掃除は職員が行い、清潔保持に努めていて、洗面台の汚れもなかった。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	認知症の種類やタイプ、傾向と今後の予想等学びながら、「今出来る事」「わかる事」を継続維持できるように、居室ではご本人様の状況にあったベッドの高さや位置、洗面所やタンス・クローゼットまでの動線の安全を確保し、トイレやお風呂場には目で判断できるように大きな表示を設け、声掛け・お手伝いなど継続できるように誘導支援しています。 又、固定観念に捉われず新に「出来る事」「分かる事」を見出し増やせるような環境作りに努め、自立した生活が継続できるように工夫しています。		

(別紙4(2))

事業所名: 医療法人社団 友志会 グループホーム ももの舎

## 目標達成計画

作成日: 2019年6月10日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】				
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期間
1	10	ご家族様や親族・関係方々が現在のご様子、認知症や老いへのご理解が浸透していないこと、主介護者から報告の内容が皆さんに伝わっておらず、その方に応じた日々の活動や支援を行っていることが十分にご理解いただけていない状況がわかった。	主介護者だけでなく、関わる方々に心身の変化や認知症についてと現在のご様子、活動支援をご理解いただき、ご本人を支えるより良い関係の構築と協力を得ることを目標とする。	御本人の尊厳を守りながら出来るだけ関わる方々に心身の変化や認知症についてと現在のご様子、近況の活動支援をスタッフがご報告、ご理解いただけるように、新聞や写真の掲示をよりわかりやすい環境に改善する。 12ヶ月
2			認知症や老いについてや、グループホームに関して理解・協力が得られ、地域に根付いた支援継続していきたい。	地域住民・ご家族・関係者へむけ認知症や老いについて勉強会を開催する。 12ヶ月
3	13	職員自ら、認知症の知識やケアの方法、医学的知識の不足など痛感することがあり、日々変わる入居者様の対応が出来るようになりたいと思っている。	新しい認知症の知識と支援の方法、医学的知識の不足を補い学び、スタッフ自信をもって支援ができるように努めたい。	新しい知識が得られるように勉強会の開催と外部研修会への参加ができるようにする。 12ヶ月
4	10	重要事項説明の中に苦情窓口の明記はあるが、苦情解決責任者の明記もされるのが望ましいと評価を受けた。	苦情解決責任者を検討明記、最終解決までの責任をもって対応できるようにする。	重要事項説明の中にある苦情窓口に加え、苦情解決責任者を明記し、最終解決までの責任をもって対応できる体制を整える。 6ヶ月
5				ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。